

Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de New Jersey
 (New Jersey Department of Health and Senior Services)
HOJA DE PREPARACIÓN PARA EL CERTIFICADO DE FALLECIMIENTO DEL FETO /
MÓDULO DE INFORMACIÓN DEL PADRE O MADRE
 (FETAL DEATH CERTIFICATE WORKSHEET / PARENT INFORMATION MODULE)

ATENCIÓN PARA LA MADRE / PERSONA INFORMANTE: POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE IMPRENTA Y RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTA PÁGINA.

Si necesita una traducción u otro tipo de ayuda, el representante del hospital puede coordinar para que se le ayude.
DESPUÉS DE COMPLETAR ESTA PÁGINA, POR FAVOR DEVUÉLVALA INMEDIATAMENTE PARA QUE SEA REVISADA.

P1. NOMBRE LEGAL DEL NIÑO _____ (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido) (Sufijo)		P2. FECHA DE NACIMIENTO/FALLECIMIENTO DEL _____/_____/_____ Mes Día Año	
P3. NOMBRE ACTUAL LEGAL DE LA MADRE _____ (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido) (Sufijo)		P4. APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE (Apellido De La Madre Cuando Ella Nació)	
P5. FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE _____/_____/_____ Mes Día Año	P6. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA MADRE	P7. LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE (Estado o País Extranjero)	
P8. NOMBRE OFICIAL DE LA CIUDAD, MUNICIPALIDAD, MUNICIPIO, ETC., EN EL CUAL LA MADRE RESIDE REALMENTE (Por ejemplo, la localidad donde se pagan impuestos, donde se hacen las votaciones, etc., pero no necesariamente usada como dirección postal) _____ (Condado) (Estado) (Ciudad, Pueblo, Municipio, Etc.) ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DOMICILIARIA? _____ (Dirección Domiciliaria) (Número de Apartamento)		P9. ¿ESTÁ DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA CIUDAD? (Solamente para los residentes que no son de New Jersey) 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	
P11. DIRECCIÓN DE LA MADRE DONDE SE RECIBE EL CORREO (Si es la misma que la dirección oficial de arriba de la Madre, <u>COLOQUE SOLAMENTE</u> el Código Postal) _____ (Número y Calle (o Casilla Postal)) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)		P10. NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA () -	
P12. ¿ESTÁ LA MADRE CASADA*(Al momento de concepción, nacimiento, o en cualquier momento en ese lapso de tiempo)? 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No			
P13. NOMBRE DEL PADRE _____ (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido) (Sufijo)			
P14. FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE _____/_____/_____ Mes Día Año	P15. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE	P16. LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE (Estado o País Extranjero)	
P17. DIRECCIÓN POSTAL DEL PADRE _____ (Número y Calle (o Casilla Postal)) (Número de Apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)		P18. NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA DEL PADRE () -	

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA CONFIDENCIAL NO APARECERÁ EN UNA COPIA CERTIFICADA DEL CERTIFICADO DE FALLECIMIENTO DEL FETO.

P19. RAZA Y ETNICIDAD DE LA MADRE COMO LO INDICA LA MADRE / PERSONA INFORMANTE (Bajo <u>NINGUNA</u> circunstancia el Origen Hispano es considerado como una raza)			
A. RAZA (Marque una) 1 <input type="checkbox"/> Blanca 4 <input type="checkbox"/> China 7 <input type="checkbox"/> Filipina C <input type="checkbox"/> De Samoa 8 <input type="checkbox"/> Otra Asiática / De Isla del Pacífico 2 <input type="checkbox"/> Negra 5 <input type="checkbox"/> Japonesa A <input type="checkbox"/> India Asiática D <input type="checkbox"/> Vietnamita 9 <input type="checkbox"/> No Clasificable /Desconocida 3 <input type="checkbox"/> Indio Americana 6 <input type="checkbox"/> Hawaiana B <input type="checkbox"/> Coreana E <input type="checkbox"/> De Guam 0 <input type="checkbox"/> Otra, Especifique: _____			
B. DE ORIGEN HISPÁNICO (No debe confundirse con raza; marque una) 0 <input type="checkbox"/> No-Hispánica 2 <input type="checkbox"/> Puertorriqueña 4 <input type="checkbox"/> Centro / Sudamericana 1 <input type="checkbox"/> Mexicana 3 <input type="checkbox"/> Cubana 5 <input type="checkbox"/> Otro tipo Hispánico, Especifique: _____			
P20. RAZA Y ETNICIDAD DEL PADRE COMO LO INDICA LA MADRE / PERSONA INFORMANTE (Bajo <u>NINGUNA</u> circunstancia el Origen Hispano es considerado como una raza)			
A. RAZA (Marque una) 1 <input type="checkbox"/> Blanca 4 <input type="checkbox"/> China 7 <input type="checkbox"/> Filipina C <input type="checkbox"/> De Samoa 8 <input type="checkbox"/> Otra Asiática / De Isla del Pacífico 2 <input type="checkbox"/> Negra 5 <input type="checkbox"/> Japonesa A <input type="checkbox"/> India Asiática D <input type="checkbox"/> Vietnamita 9 <input type="checkbox"/> No Clasificable /Desconocida 3 <input type="checkbox"/> Indio Americana 6 <input type="checkbox"/> Hawaiana B <input type="checkbox"/> Coreana E <input type="checkbox"/> De Guam 0 <input type="checkbox"/> Otra, Especifique: _____			
B. DE ORIGEN HISPÁNICO (No debe confundirse con raza; marque una) 0 <input type="checkbox"/> No-Hispánica 2 <input type="checkbox"/> Puertorriqueña 4 <input type="checkbox"/> Centro / Sudamericana 1 <input type="checkbox"/> Mexicana 3 <input type="checkbox"/> Cubana 5 <input type="checkbox"/> Otro tipo Hispánico, Especifique: _____			
P21. EDUCACIÓN – ESPECIFIQUE EL GRADO MÁS ALTO QUE HAYA COMPLETADO (Para Escuela Primaria o Secundaria, coloque el número de años que se hayan completado=00 a 12. Para Universidad, coloque los años completados=13 a 16. Después de la Universidad-Graduado=17).			
		MADRE	PADRE
		A. ____ Años	B. ____ Años
P22. ¿TRABAJÓ DURANTE EL AÑO PASADO?	P23. SI TRABAJÓ, ¿CUÁL FUE LA OCUPACIÓN (TIPO DE TRABAJO)?	P24. SI TRABAJÓ, ¿CUÁL FUE EL TIPO DE NEGOCIO O INDUSTRIA (EN QUÉ TIPO DE NEGOCIOS ESTUVO)?	
A. MADRE: 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	A. MADRE: _____	A. Negocio / Industria de la Madre: Nombre del Empleador: _____ Calle y Número: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____	
B. PADRE: 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	B. PADRE: _____	B. Negocio / Industria del Padre: Nombre del Empleador: _____ Calle y Número: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____	
P25. NOMBRE DE LA PERSONA INFORMANTE SI ES OTRA PERSONA DIFERENTE A LA MADRE _____ (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)		P26. RELACIÓN AL NIÑO	
P27. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA EN LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y CREENCIA: FIRMA DE LA MADRE / PERSONA INFORMANTE: _____			

SOLAMENTE PARA USO DEL HOSPITAL

P28. NOMBRE DEL REPRESENTANTE DESIGNADO DEL HOSPITAL QUE REVISARÁ ESTA INFORMACIÓN CON LA MADRE/ PERSONA INFORMANTE _____ (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)	P29. FECHA DE LA REVISIÓN _____/_____/_____
---	--

NOTA: POR FAVOR ESCRIBA "NO SE SABE" PARA INDICAR QUE ESTA INFORMACIÓN ESTÁ FALTANDO O NO ESTÁ DISPONIBLE.

**Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de New Jersey
(New Jersey Department of Health and Senior Services)
Oficina de Estadísticas Vitales (Bureau of Vital Statistics)
PO. Box 370
Trenton, New Jersey 08625-0370**

(609) 292-4087

**HOJA DE PREPARACIÓN PARA EL CERTIFICADO DE FALLECIMIENTO DEL FETO
INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES
(FETAL DEATH CERTIFICATE WORKSHEET – INSTRUCTIONS FOR PARENTS)**

Esta hoja de preparación ayuda al hospital a escribir a máquina un certificado de fallecimiento del feto para su hijo. El reverso de la página contiene un grupo de preguntas para que las conteste. Después que termine esa página, un representante del hospital la revisará con usted y le pedirá que la firme.

La oficina de registro local guarda una copia del certificado de fallecimiento del feto. Puede comprar una copia del certificado de esa oficina, ubicada en la municipalidad, donde ocurrió el nacimiento. O, puede llamar a Bureau of Vital Statistics (Oficina de Estadísticas Vitales) al 609-292-4084 para más información.

Los certificados de Fallecimiento del Feto contienen pocas áreas para juntar información en un ámbito de asuntos de atención médica. **Estas áreas estadísticas son confidenciales y no están disponibles al público.** El Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de New Jersey tiene reglamentos muy estrictos para proteger su privacidad.

New Jersey ha recolectado certificados de nacimiento desde los últimos años de 1800. Con el transcurso de los años, los datos juntados desde los registros de nacimiento y de fallecimiento del feto han ayudado a planificar muchos servicios de salud. Estos programas incluyen mejorar la salud de las madres y los resultados de los embarazos.

MUNICIPALIDAD OFICIAL DE RESIDENCIA REAL

En New Jersey, las municipalidades donde las personas viven, pueden diferir de las ciudades indicadas en sus direcciones postales. Esto ocurre debido a que varias Oficinas de Correo en el estado entregan el correo a áreas de los alrededores y algunas veces necesitan cambiar las direcciones postales para acelerar el correo. Por ejemplo, una casa con una dirección postal en la cuadra 1200 de South Broad Street (con Trenton como la ciudad en la dirección postal) está realmente en la Municipalidad de Hamilton.

El personal del hospital podrá responder a sus preguntas, especialmente las relacionadas a la municipalidad oficial del domicilio real de la madre.

GRACIAS POR SU VALIOSA AYUDA

IMPORTANTE

La designación del nombre de un niño, incluyendo el apellido (nombre de la familia), es el derecho del padre o madre del niño. Se puede dar al niño CUALQUIER apellido, EXCEPTO que la oficina de registro estatal puede rechazar un nombre que contenga una obscenidad, números, o una combinación de letras y números, o un nombre que sea ilegible.